

A – At, le – The

**ATTESTATION MEDICALE* POUR PORTEUR DE TRAITEMENT PAR POMPE/PERFUSION
MEDICAL CERTIFICATE* FOR BEARER OF PUMP/INFUSION TREATMENT**

Je soussigné(e),
I the undersigned,

Identifiant RPPS :
RPPS ID (RPPS ID is the French Healthcare Professional ID)

certifie que - *certify that*

Mme / M. - *Mrs / Mr*

Né(e) le – *Born on*
doit transporter un traitement nécessitant une administration en continu par pompe / perfusion au vu de son état clinique.
must carry a treatment requiring continuous administration by pump / infusion due to his/her clinical condition.

Il / Elle doit toujours emporter avec lui / elle les éléments suivants :
For his / her treatment he / she must carry at all times

- Pompe portable de marque :
Portable pump brand
- Matériels accessoires :
Accessory materials
- Médicaments (DCI) :
Drugs (INN)

J'attire votre attention sur le fait que ce médicament peut nécessiter des précautions particulières de conservation (indiquer la température et les conditions de conservation en se référant au Résumé des Caractéristiques du Produit concerné)

.....
et qu'en aucun cas, le traitement ne doit être interrompu sans avis médical préalable.
I draw your attention to the fact that this drug may require special preservation precautions (indicate temperature and preservation conditions by referring to the Summary of Product Characteristics)
.....
and that it should not, under any circumstances, be interrupted without prior medical agreement.

Il est recommandé de voyager avec l'original de l'ordonnance et avec, dans la mesure du possible, sa traduction en anglais.
It is recommended to travel with the original prescription and, if possible, its English translation.

Signature

* Ce document ne s'applique pas aux médicaments faisant l'objet d'une réglementation de transport par l'ANSM.
This document does not apply to medicinal products subject to transport regulations by the ANSM.